

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Kusiel RUBINSTEJN

Né le 15 août 1909, à Lapy (Pologne)

LE RÔLE DES FACTEURS SOCIAUX ET MORAUX
DANS LA BILATÉRALISATION
AU COURS DU
PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Kusiel RUBINSTEJN

Né le 15 août 1909, à Lapy (Pologne)

LE RÔLE DES FACTEURS SOCIAUX ET MORAUX
DANS LA BILATÉRALISATION

AU COURS DU

PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINEt.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

En témoignage de mon attachement fraternel.

A MES BELLES-SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de la Clinique de la Tuberculose
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laennec
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Hommage de notre respectueuse gratitude.

A M. LE DOCTEUR P. BRAUN

Assistant de l'Hôpital Laennec
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et guidé de ses conseils.

Témoignage de notre vive reconnaissance et de notre profonde admiration.

A M. LE DOCTEUR JOLY

Chef de Clinique à la Faculté

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

LE RÔLE DES FACTEURS SOCIAUX ET MORAUX DANS LA BILATÉRALISATION AU COURS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Introduction.

L'évolution de la tuberculose contro-latérale, au cours du traitement par le pneumothorax artificiel, constitue une des plus graves et des plus fréquentes complications.

De nombreux auteurs ont suffisamment mis en valeur l'importance des facteurs sociaux, moraux et psychiques dans l'immense majorité des cas d'éclatement de la tuberculose pulmonaire.

« La tuberculose est le type des maladies sociales, « c'est-à-dire des maladies dont le développement est « lié aux conditions mêmes de la vie sociale » (Prof. Léon Bernard).

« Dans l'immense majorité des cas, l'éclatement de « la tuberculose pulmonaire résulte d'un ensemble de « facteurs étiologiques parmi lesquels on trouve, « d'une façon à peu près constante, le facteur moral » (Braun et Frey-Ragu).

Le but de ce travail est simplement d'apporter

quelques éléments, qui pourront contribuer à fixer le rôle des facteurs d'ordre social et moral dans la bilatéralisation au cours du traitement par le pneumothorax artificiel et de fixer les règles générales en vue de la conduite à tenir en présence de ces tuberculeux pour éviter l'évolution contro-latérale.

Nous n'entreprendrons pas une étude clinique et radiologique de la bilatéralisation au cours du pneumothorax, cette question ayant fait l'objet d'études approfondies.

Nous envisagerons exclusivement les cas de bilatéralisation retardée, les circonstances sociales et morales ayant précédé l'éclosion d'une lésion du côté opposé. Celle-ci qui semblait, au moment de l'institution d'un pneumothorax, être unilatérale s'est bilatéralisée au cours du pneumothorax ou quelque temps après sa cessation.

Le traitement de la tuberculose est le type du traitement social d'un malade. Pour traiter des tuberculeux, il faut, comme le préconisent à juste titre notre Maître le Professeur Bezançon et le Docteur Braun, chercher à connaître les conditions sociales, familiales et morales dans lesquelles ils se trouvent, tenir compte de leurs occupations habituelles, de leur capacité de travail, etc...

Ce qui vaut pour la tuberculose en général vaut à plus forte raison pour des malades traités par un pneumothorax artificiel.

Nous essayerons de montrer au cours de notre étude que ces facteurs d'ordre social et moral sont, en par-

ticulier, valables si on veut éviter l'atteinte du poumon opposé au cours du pneumothorax artificiel, établi pour une tuberculose jusque-là unilatérale.

Nous présentons 20 observations (18 personnelles) qu'il nous a été permis de recueillir dans le Service de notre Maître, le Professeur Bezançon, à l'Hôpital Laennec, ainsi que dans le Dispensaire Vasco-de-Gama, grâce à la bienveillance que nous a témoignée le Dr Braun, assistant du Service.

Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous remercions également le Dr Joly, chef de Clinique, pour ses conseils précieux.

Observations.

OBSERVATION I

(Obligemment communiquée par le Dr Braun).

Mme C..., 40 ans.

Emotivité dépassant l'état normal.

L'éclatement de la maladie résulte d'un état de surmenage manifeste. Il s'agit d'une femme s'occupant des détails les plus infimes de son ménage avec préoccupation permanente; les plus petites difficultés familiales, qu'il s'agisse du mari, de l'enfant ou du ménage, deviennent des incidents dramatiques. D'autre part, cette femme se couche tard et se lève tôt.

Avant la création d'un pneumothorax, cette femme présentait un état de fatigue avec amaigrissement et pâleur, signes de bronchite localisés du côté droit.

A ce moment, l'examen radiographique montre des ombres diffuses et en particulier une grosse tache opaque dans la moitié supérieure du poumon droit, plusieurs taches dans la partie moyenne. Dans la partie supérieure, la lésion paraît excavée.

Présence de nombreux bacilles dans l'expectoration.

Etat général franchement mauvais, fièvre.

Au moment de l'institution du pneumothorax, l'évolution paraît avoir été précédée par un état dit de bronchite, remontant à plusieurs mois.

Le côté opposé paraît douteux, mais on ne trouve aucun

signe évolutif pendant tout le temps que durent les insufflations à droite.

Ce premier pneumothorax fut suivi d'une détente assez rapide, car il fut possible pendant ce temps d'obtenir un repos au lit et changement dans la vie de cette malade; en particulier on put obtenir que son fils soit envoyé dans un collège, ce qui diminue considérablement les soucis impartis à cette femme.

Les insufflations à basse pression furent poursuivies pendant 4 ans, à 8 jours d'intervalle.

Ce premier pneumothorax a laissé après lui de grandes bandes d'ombre paraissant traduire l'état de fibrose du parenchyme.

L'examen des crachats était négatif environ 2 ans avant l'arrêt du premier pneumothorax.

Au bout de 4 ans, ce premier pneumothorax fut donc arrêté. L'annonce de cette décision, quoique faite depuis un certain temps, provoqua un véritable état émotif dramatique chez cette femme.

De plus, Mme C..., déduisant du fait de l'arrêt du pneumothorax qu'elle pouvait reprendre une vie normale, se préoccupa à nouveau de son ménage. L'enfant, qui avait grandi, donna quelques soucis, d'ailleurs peu importants, mais qui prirent aux yeux de la mère un caractère de gravité.

Mais, deux mois après l'arrêt du pneumothorax, il y eut fléchissement de santé manifestement déterminé par l'état névropathique de la malade et nous assistâmes à l'apparition de foyers d'allure congestive du côté opposé.

A nouveau, présence de B. K.

Un pneumothorax fut alors institué de ce côté. Poumon extrêmement souple; les taches régressent très rapidement sous l'influence des premières insufflations.

A l'heure actuelle, en 1936, 3 ans après le début du

second pneumothorax, cette femme est en bon état.

Elle a donc été soumise depuis 8 ans environ aux insufflations de 8 jours en 8 jours, presque sans interruption, 4 ans à droite et 4 ans à gauche.

Mme C... est actuellement beaucoup plus tranquille, il y a une sédation importante des phénomènes nerveux. Elle reconnaît elle-même que l'état émotif a considérablement diminué et que les événements qui l'entourent ont sur elle une influence immédiate beaucoup moins importante.

Disparition des bacilles.

OBSERVATION 2

(Obligeamment communiquée par Mme Frey-Ragu).

Mme Cr..., 24 ans, infirmière.

En 1923, la malade entre à Boucicaut pour lobite moyenne gauche excavée. Côté opposé indemne.

Cause déclenchante : surmenage professionnel et gros ennuis (divorce en cours).

Traitée par un P. A (1) conduit régulièrement, avec décollement complet, lésions peu compressibles, mais liquide précoce.

Après amélioration assez importante, départ à Angicourt avec réaction liquidienne puriforme. Reste en sana 18 mois et reprend son travail en se surveillant. Bon état général.

En 1929, on arrête le P. A.

En 1930, la malade devient infirmière d'une maison de santé. Elle travaille dans de bonnes conditions, mais mène une vie un peu désordonnée, rentre tard et a de grosses difficultés sentimentales avec un ami.

1. P. A. : Pneumothorax artificiel.

Peu de temps après, se sent fatiguée, B. K. réapparaissent. On pense à une rechute du côté gauche, étant donné que le côté opposé reste indemne.

Au début de 1932, Mme Frey-Ragu voit la malade pour des phénomènes aigus, avec forme pneumonique à droite.

Etat général mauvais. La malade meurt à l'Hôpital Saint-Antoine en 1932.

OBSERVATION 3.

Mlle L... Suzanne, 23 ans, vendeuse.

Début de la maladie en 1930, par hémoptysie. Sommet droit obscurci avec excavation. Côté opposé indemne. Un P. A. droit est institué et entretenu régulièrement. La malade reprend son travail normal au bout d'un an.

Mai 1935. — Cessation du P. A. Très bon état local et général.

Décembre 1935. — Grosses difficultés familiales (beau-père très violent). Elle quitte la maison et s'installe à l'hôtel.

Aux difficultés pécuniaires, d'où alimentation insuffisante, et à un surcroît d'effort physique, s'ajoutent des soucis d'ordre sentimental. De nouveau fatiguée, la malade recommence à cracher et présente un point de côté gauche. Malgré la fatigue elle continue à travailler et, en mars 1936, au cliché, on ne retrouve à droite rien d'anormal; au côté opposé une image spéléomorphique de même nature que celle de première atteinte à droite.

La malade est admise dans le Service et un P. A. gauche est envisagé.

OBSERVATION 4.

M. P... Gaston, 38 ans, comptable.

A la suite d'un surmenage physique prolongé, le malade

cesse le travail et vient consulter en février 1933. Au cliché, à droite : taches et marbrures sur tout le champ pulmonaire ; à gauche : accentuation des arborescences. Un P. A. droit est institué. Le malade reste en sana 15 mois. Pneumothorax compliqué d'une réaction liquidienne.

Août 1934. — Bon état local et général. B. K. négatif. Reprend son travail habituel et fait, en plus, des heures supplémentaires. N'a pas eu de vacances pendant tout ce temps. Se fait insuffler régulièrement au dispensaire.

Mars 1936. — De nouveau extrêmement fatigué, le malade rentre dans le Service et présente des signes d'imprégnation bacillaire. B. K. redevient positif. Cliché, à droite : bon état ; à gauche : quelques taches opaques dans la partie moyenne du poumon.

OBSERVATION 5.

Mlle F... Odette, 19 ans, couturière.

La malade est envoyée dans le Service par le Dispensaire Léon-Bourgeois pour une bilatéralisation d'une tuberculose pulmonaire primitivement gauche.

Début en janvier 1933, par une pleurésie gauche. B. K. positif ; elle reste 4 mois en sana et 6 mois à la campagne. Amélioration de son état général.

Décembre 1933. — Recommence à travailler.

Novembre 1934. — La malade maigrit, toussé, fait de la fièvre. Cliché : à gauche, opacité arrondie ; à droite, image thoracique normale. Un pneumothorax est institué et régulièrement entretenu. La malade reste au repos chez elle pendant 6 mois.

Mai 1935. — Reprend son travail habituel. Elle continue à se faire insuffler régulièrement. Les conditions de travail sont trop difficiles pour la malade. En plus, un

certain temps après, surviennent des ennuis d'ordre sentimental. La malade se sent fatiguée, crache et tousse.

Juin 1936. — Cliché : à gauche, P. A. marche bien ; à droite, infiltration du sommet avec spélouque. Un pneumothorax contro-latéral est envisagé.

OBSERVATION 6.

Mlle C... Violette, bonne à tout faire, 18 ans. Début en février 1935 par hémoptysie.

Antécédents familiaux. — Mère décédée de tuberculose pulmonaire.

Avril 1935. — Institution d'un P. A. gauche pour des lésions unilatérales. Bon décollement et P. A. efficace. Reste en sana 6 mois. Elle se repose chez des amis 3 mois. Amélioration notable de son état local et général.

Février 1936. — Revient à Paris et travaille comme bonne à tout faire (travail pénible de 7 h. du matin à 10 h. du soir). Elle arrête son pneumothorax pour ne pas perdre sa place.

Juin 1936. — Se remet à tousser, fait de la fièvre, maigrit de 6 kgr. en 2 mois, ce qui l'amène à consulter à l'Hôpital Laennec. Cliché : bilatéralisation ; à gauche condensation importante du sommet, à droite grande ombre opaque dans la région hilaire. Reprise de son ancien P. A. gauche.

OBSERVATION 7.

M. G... Edouard, 30 ans, mécanicien. Marié, 4 enfants. Début en juillet 1935 par fatigue et toux à la suite d'un surmenage physique. Cliché : spélouque du lobe supérieur droit. Côté opposé indemne.

Octobre 1935. — Institution d'un P. A. droit au sana

de Sainte-Martine-de-Tertre. Pneumothorax fortement comprimé, mais reste toujours sous pression négative.

Janvier 1936. — Amélioration générale. Revient à Paris et reprend son travail habituel. En plus, visite à l'hôpital tous les jours son enfant malade. Le P. A. est entretenu régulièrement au Dispensaire Vasco-de-Gama.

Avril 1936. — Le malade est très chagriné par la mort de son enfant. Etat général déficient. Cliché: Poumon opposé 2 cavernes.

OBSERVATION 8.

M. D... Auguste, 30 ans, staffeur.

Début de la maladie en 1923, par hémoptysie.

En 1928, épisode aigu fébrile. Cliché : à gauche, taches non homogènes spéléomorphiques dans la région sous claviculaire. A droite: image hilare chargée. A la suite d'un repos d'un an en sana, disparition de la spéléonque à la scopie. Bon état général et le malade reprend son travail.

En 1933. — Nouvelle aggravation à la suite de surmenage. Réapparition de l'image cavitaire et un P. A. gauche est institué. Reste en sana 29 mois. Va bien. A cause de difficultés familiales et financières est obligé de rentrer et reprendre son travail. Le malade se fait insuffler régulièrement. Il est fatigué par son travail et vit dans de mauvaises conditions morales (discussions familiales, etc...).

23 mars 1936. — Le malade rentre dans le Service, atteint d'une caverne à droite. Un P. A. contro-latéral est institué.

OBSERVATION 9.

D... René, 27 ans, dessinateur.

Début en 1933 par un épisode aigu, à la suite d'un surmenage.

Août 1934. — Institution d'un P. A. droit pour des lésions unilatérales. Reste en sana 8 mois.

Avril 1935. — P. A. efficace. Bon état général et local.

Novembre 1935. — Reprend son travail habituel. Conditions morales mauvaises (femme malade, difficultés familiales). Il se fait insuffler régulièrement.

Février 1936. — Etat général fléchit. A droite : réaction liquidienne; à gauche : petites taches. Le malade continue de vivre dans les mauvaises conditions.

Avril 1936. — A gauche : 2 spélonques.

OBSERVATION 10.

P... Léon, chauffeur, 43 ans, marié, 3 enfants.

Début en novembre 1933 par hémoptysie.

Antécédents familiaux. — Père mort de tuberculose. Vit dans de mauvaises conditions sociales (5 personnes dans une chambre, etc).

Mars 1934. — Institution d'un P. A. gauche pour des lésions cavitaires unilatérales. Pneumothorax efficace. Séjour en sana 6 mois.

Bon état local et général.

Mars 1935. — Le malade commence à travailler comme marchand de saison. Travail très dur, en plus gros soucis.

Juin 1935. — Mauvais état général : à gauche, rien d'anormal ; à droite, tractus. Septembre 1935 : à droite, caverne du lobe supérieur.

OBSERVATION 11.

Mlle H... Lucienne, 29 ans, couturière.

Début en octobre 1934. Au cliché : taches au niveau du sommet gauche, côté opposé indemne. Un P. A. gauche

est institué. Bon décollement. Reste chez elle dans des conditions médiocres.

Juin 1935. — A la suite de difficultés matérielles (son ami, un commerçant, fait faillite et l'abandonne), la malade travaille en qualité de bonne à tout faire. Travail très dur.

Septembre 1935. — Fatiguée, elle quitte sa place et vit dans des conditions mauvaises. La malade arrête son pneumothorax.

Mars 1936. — La malade est admise dans le Service dans un état grave. Au cliché, lésions diffuses et bilatérales.

OBSERVATION 12.

Mlle C... Marcelle, 26 ans, mécanicienne.

Début en janvier 1933 par un épisode aigu fébrile. Cliché : à droite, à la partie moyenne, grosse caverne ; à gauche, image thoracique normale. P. A. droit efficace. Grande amélioration.

Juin 1933. — Reprend son travail, qui est fatigant.

Novembre 1933. — Etat général faiblit. Asthénie rapide. Cliché : à droite caverne diminuée, mais visible ; à gauche : petites taches dans la région sous-claviculaire. La malade continue à travailler.

Février 1934. — A droite : *idem* ; à gauche : tache non homogène dans la région sous-claviculaire ; à la partie moyenne marbrures.

OBSERVATION 13.

M. M..., Adolphe, 48 ans, fleuriste.

Début en août 1933 par un épisode aigu. Soigné par les sels d'or, amélioration passagère de son état général, mais B. K. positif.

Février 1934. — A la suite d'un surmenage prolongé aggravation de son état local et général. Institution d'un P. A. droit pour une lésion excavée. Du côté opposé : hile chargé et arborescent.

Reste en sana 6 mois et 4 mois chez lui. P. A. efficace. Amélioration de son état général.

Mars 1935. — Le malade recommence à travailler. Vit dans de très mauvaises conditions.

Juin 1935. — Le frère du malade meurt. Le malade est très chagriné. Résulte une aggravation de son état général. Il continue à travailler. P. A. régulièrement entretenu.

Avril 1936. — Le malade rentre dans le Service. Un pneumothorax contro-latéral est institué pour des lésions excavées.

OBSERVATION 14.

Mme K... Amelina, ouvrière, 33 ans.

Mai 1932. — Début par épisode aigu fébrile. B. K. positif.

Antécédents familiaux. — Sœur morte de tuberculose pulmonaire. Cliché : Condensation de la partie moyenne du poumon gauche avec excavation. Grisaille du sommet opposé.

Juin 1932. — P. A. gauche, régulièrement conduit sans incidents.

Reste en sana 15 mois. Grande amélioration de son état général. Rentre chez elle dans de pénibles conditions morales (mari éthylique, qui lui fait subir des mauvais traitements). La malade est suivie régulièrement au dispensaire.

Février 1936. — A la suite de maladie de son mari, la malade se retrouve dans des conditions matérielles extrêmement difficiles. Sous-alimentée, elle maigrit, devient très fatiguée et commence à tousser et cracher de nouveau.

Avril 1936. — Apparition de 2 taches opaques du côté opposé. Un pneumothorax contro-latéral est institué.

OBSERVATION 15.

M. G... Georges, 22 ans, boulanger.

Avril 1935. — Institution d'un P. A. gauche pour des lésions spéléomorphiques unilatérales. Cause déclenchante : surmenage physique.

Reste en sana 6 mois et 2 mois chez lui. Bon état local et général. P. A. efficace.

Janvier 1936. — Il reprend son travail. Gros ennuis d'ordre moral (ruptures de fiançailles à cause de sa maladie). Souffre d'insomnie. Mauvais appétit, maigrit.

Avril 1936. — Aspect général déficient. Cliché : à gauche P. A. marche bien, à droite une forte accentuation progressive des travées. Le malade est mis au repos et est suivi régulièrement par le dispensaire Vasco-de-Gama.

OBSERVATION 16.

M. C... Paul, 28 ans, dessinateur.

Début en décembre 1933.

Antécédents familiaux. — Père mort de tuberculose. Cause déclenchante : surmenage physique. Cliché : caverne dans la partie moyenne du poumon gauche; côté opposé indemne. Institution du P. A. gauche. Décollement total. Lésion peu compressible. Fait la cure libre pendant 5 mois.

Mai 1934. — Bon état général; B. K. négatif. Reprend son travail habituel, encore plus dur à cause des heures supplémentaires imposées.

Juin 1935. — Sa femme tombe malade et tous les jours il la visite à l'hôpital. Grandes difficultés matérielles.

Manque de repos, P. A. régulièrement entretenu au dispensaire.

Décembre 1935. — Arrête de travailler, très fatigué. Cliché : à gauche, P. A. marche bien. Côté opposé : caverne dans la moitié supérieure. Un pneumothorax contro-latéral est institué.

OBSERVATION 17.

Mme R... Marie, 36 ans, infirmière.

Début de la maladie en 1928 par hémoptysie.

Antécédents familiaux. — Deux sœurs mortes de tuberculose. Cliché : à droite, quelques petites taches au sommet, une tache opaque au niveau du 2^e espace intercostal ; à gauche, image thoracique normale. La malade reste au repos et va bien.

Novembre 1930. — Reprend le travail.

Janvier 1932. — Nouvelle hémoptysie et aggravation de son état général. La malade est surmenée, soigne sa sœur, qui meurt. Cliché : spéléonque au sommet droit ; à gauche, image thoracique normale. Institution d'un P. A. droit. Bon décollement de la moitié supérieure. Double niveau de liquide avec épanchement occupant le quart inférieur. La malade reste chez elle dans de bonnes conditions matérielles. Se fait insuffler régulièrement. Pneumothorax marche bien. Bon état général.

Janvier 1935. — La malade est très affectée par la mort brusque de sa dernière sœur dans des conditions tragiques. Cet événement cause à la malade beaucoup d'ennuis et surtout du surmenage.

Février 1935. — Mauvais état général. Cliché : bilatéralisation. A gauche, nombreuses taches à la partie moyenne du poumon.

Un pneumothorax contro-latéral est créé.

OBSERVATION 18.

M. C... Martial, 29 ans, paveur.

Début en septembre 1932 par un épisode fébrile à la suite d'un surmenage physique. Cliché : Lobite sup. droite avec une cavité au niveau de la clavicule. Le malade est traité par le P. A. en cure libre pendant 18 mois, dans de bonnes conditions sociales et morales. Bon état local et général.

Avril 1934. — Recommence son travail habituel.

Depuis octobre 1935, le malade est obligé de fournir un travail plus dur que d'habitude. Il devient très fatigué, maigrit de 3 kgr. en 2 mois. Continue à travailler.

Mars 1936. — Il arrête le travail. Il tousse et crache. Cliché : à droite, P. A. marche bien ; au côté opposé, une cavité assez importante. Il entre dans le Service et un P. A. contro-latéral est institué.

OBSERVATION 19.

M. P... Lucien, 27 ans, chauffeur.

Début en avril 1933. Cause déclenchante : surmenage physique.

Octobre 1933. — Institution d'un P. A. gauche pour des lésions cavitaires, unilatérales. Fait du liquide. Lésion peu compressible. Reste en sana un an.

Novembre 1934. — Bon état général et local. B. K. négatif. Reprend son travail habituel. Grandes difficultés matérielles (jeune, marié, avec petit enfant).

Juin 1935. — P. A. marche bien, à droite quelques taches. Le malade continue à travailler, malgré les conseils du médecin. Fait souvent des heures supplémentaires.

Janvier 1936. — Enfant tombe malade et meurt. Le ma-

lade est très chagriné. Etat général fléchit. Recommence à tousser et à cracher. Cliché : caverne dans la région sous-claviculaire droite.

Février 1936. — Cesse le travail, refuse un pneumothorax contro-latéral. Actuellement au repos complet, l'état général s'améliore.

OBSERVATION 20.

M. V... Jacques, 31 ans, employé de bureau, Marié, 3 enfants.

Début en avril 1932 par un épisode aigu fébrile.

Antécédents familiaux : Sœur morte de tuberculose. Mauvaises conditions sociales (5 personnes logent dans la même pièce). Cliché : à gauche, image spéléomorphique ; à droite, accentuation des arborescences. Institution d'un P. A. gauche. Reste en sana 9 mois. P. A. efficace.

Mai 1933. — Grande amélioration de son état général. B. K. négatif. Mauvaise situation matérielle oblige le malade à travailler comme chauffeur de taxi. Travail fatigant. Grands soucis à cause de la mauvaise conduite de sa fille.

Juillet 1933. — Etat général fléchit, tousses et crache. B. K. redevient positif. Cliché : à gauche, grosse rétraction pulmonaire ; à droite, 2 spélonques dans le lobe supérieur.

Novembre 1933. — Un pneumothorax contro-latéral est institué.

Constatations générales **tirées de l'étude de ces observations.**

Dans la forme tardive de la bilatéralisation qu'ont subie la plupart de nos malades, l'évolution controlatérale de la tuberculose pulmonaire est survenue au bout d'un certain nombre de mois et même d'années, à un moment où le pneumothorax artificiel avait produit son plein effet. A ce stade, cette extension opposée constitue une poussée nouvelle, évoluant pour son propre compte à la suite des circonstances sociales, morales et psychiques dans lesquelles se retrouvaient les malades.

Ce sont, le plus souvent, les mêmes causes provocatrices ou apparentes que celles qui sont invoquées pour expliquer l'apparition de la tuberculose pulmonaire de première atteinte. Comme le remarque justement Pellier, en suivant l'enseignement donné par M. Braun, en ces circonstances les mêmes causes produisent les mêmes effets, et une nouvelle lésion peut éventuellement survenir.

Dans la presque totalité de nos malades, le pneumothorax a été créé pour des lésions radiologiquement unilatérales, et seulement dans 3 cas (obs. 4, 13, 20) les

clichés ont marqué une accentuation des arborescences du poumon opposé et, dans un cas, une grisaille du sommet opposé (obs. 14).

Les pneumothorax ont été régulièrement entretenus et insufflés à pression négative, et n'ont présenté aucun incident, sauf dans 4 cas une réaction liquidienne (obs. 2, 4, 17, 19).

La bilatéralisation est apparue au bout d'un temps variant d'une année à 6 ans, après l'institution du pneumothorax et chez 3 malades, même après cessation du pneumothorax par le médecin, à cause de la guérison complète du poumon (obs. 1, 2, 3).

Il ne semble pas que le pneumothorax artificiel puisse par lui-même expliquer la bilatéralisation, à condition qu'il soit efficace, sans brides, avec bon décollement, conduit en négatif et sans incident.

D'après Dumarest, il est faux de croire que le travail supplémentaire, imposé au poumon opposé au cours du pneumothorax artificiel, facilite son ensemencement.

Burnaud conclut, sur 23 cas, que le pneumothorax artificiel n'influence pas considérablement l'état du poumon opposé s'il est sain, et même s'il est atteint de lésions bénignes ou latentes : un pneumothorax efficace semble améliorer son fonctionnement et exercer une action plutôt favorable sur les foyers tuberculeux du poumon opposé.

Aussi, Chabaud, dans sa thèse, estime-t-il que les trois quarts des malades qui ont bénéficié de la collapsothérapie ne seraient pas restés unilatéraux (un

temps moyen de 35 mois de la durée de leur collapsus) s'ils n'avaient pas été traités par le pneumothorax.

Nous constatons aussi, après une période plus ou moins longue de bonne santé apparente, que la bilatéralisation se manifeste par l'ensemble symptomatique habituel des poussées évolutives tuberculeuses comme la fatigue, anorexie, amaigrissement, fièvre, toux, point de côté, etc...

Les facteurs sociaux et moraux jouent le plus souvent un rôle, mais sans qu'il soit possible parfois de s'en rendre compte par l'étude des dossiers ou même par l'interrogatoire des malades. De même que, pour ces derniers, la maladie date du jour où ils ont cessé leur travail, de même le surmenage, les soucis, qui se sont installés progressivement chez eux, ne frappent pas leur imagination, et ils ne les mentionnent pas spontanément.

Il faut orienter l'enquête délibérément dans ce sens, si on veut obtenir des précisions, afin de pouvoir juger du rôle des facteurs d'ordre social et moral, qui ont amené un fléchissement de l'état du malade et l'évolution contro-latérale de la tuberculose pulmonaire.

Dans la plupart de nos observations, les facteurs sociaux prédominent et sont souvent liés aux facteurs moraux, qui en découlent. En particulier, nous présentons 3 cas où les causes morales ont joué le rôle dominant dans l'éclatement de la bilatéralisation (obs. 1, 2, 17).

II

Le rôle du facteur social dans la bilatéralisation.

Si on veut apprécier à leur juste valeur les divers moyens qui ont été préconisés dans la lutte contre la tuberculose, il est indispensable de mettre bien en lumière les causes sociales.

« Dans le jugement qu'on porte sur la valeur thérapeutique, la considération d'ordre médical pur ne suffit pas toujours. Il faut se placer aussi au point de vue économique des malades, surtout parce qu'il s'agit de maladies dites sociales, telles que la tuberculose » (Rist et Hirszberg).

Le facteur social joue un rôle considérable dans l'étiologie, la prophylaxie, ainsi que dans le traitement de la tuberculose.

La tuberculose n'est qu'un aspect de la question sociale (R. Romme). Elle trouve surtout un terrain favorable parmi la population ouvrière et pauvre : logements insalubres, manque d'air et de lumière, alimentation insuffisante, surmenage physique, alcoolisme, en un mot toutes les conditions qui dépriment l'organisme et en diminuent la résistance.

Après avoir affirmé que la tuberculose est fonction

des conditions économiques de l'individu, le professeur Landouzy constate que, « en effet, médecins, nous n'avons eu que trop d'occasions de voir combien la tuberculose dans ses causes, dans ses résultantes familiales et économiques, comme dans les remèdes qu'il lui faudrait appliquer, touche à l'organisation même de la société ».

L'avenir des tuberculeux est un problème à l'ordre du jour. Malgré le perfectionnement de la méthode de collapsothérapie, tant qu'un traitement spécifique n'aura pas été trouvé pour la combattre, la tuberculose restera le type des maladies pour lesquelles un traitement social est absolument nécessaire.

Le pneumothorax artificiel est surtout un traitement local et aide à guérir la phtisie.

Rist admet, comme règle de conduite pratique, qu'un pneumothorax thérapeutique efficace, ayant rapidement amené la disparition des symptômes et de la contagiosité, ne saurait être considéré comme ayant amené une guérison durable que s'il a duré au minimum 3 ans. Passé la 3^e année, la situation prend un aspect plus favorable, mais le danger n'est pas disparu. Le malade pourra se mettre utilement au travail ; encore faudra-t-il doser son effort, de manière à n'obtenir le plein rendement que très progressivement.

Dans sa thèse sur la cessation du pneumothorax et l'avenir des malades, Vêran trouve dans l'étude de 226 cas de pneumothorax unilatéral efficace interrompu 3 % de tuberculose contro-latérale tardive. Le surmenage 6 fois, l'avortement 2 fois semblent avoir

déclenché cet accident, qui fut rarement précoce, presque toujours tardif, de 1 à 2 ans après l'interruption du pneumothorax.

Mais, souvent, l'amélioration produite par le pneumothorax dans la santé des tuberculeux est si rapide que les malades sont enclins à surestimer leur capacité de travail et, poussés par les mauvaises conditions sociales, par des difficultés matérielles et familiales, se remettent prématurément au travail, se chargent de tâches qui dépassent leurs forces (obs. 5, 6, 7, 10, 12, 18, 19).

Nous savons, d'une façon très générale, que l'état des forces physiques d'un tuberculeux fléchit et il subit alors une réduction importante de sa capacité de travail.

Encore capable d'une certaine activité, il se jette à corps perdu dans la lutte économique, obligé de gagner sa vie et de subvenir aux besoins de la famille à sa charge.

« Si un homme n'est capable de faire que 60 % de l'ouvrage d'un homme normal, c'est aller au devant d'un désastre que de tenter de le replonger dans son ancien entourage et sans assistances, en concurrence avec l'ouvrier plein de santé et de force » (Varrier-Jones).

En général, les malades, après l'institution de leur pneumothorax, partent au sanatorium et y restent environ 6 mois, profitent bien de leur cure, reprennent leur poids, ne toussent plus et rentrent chez eux. Certains continuent la cure chez eux, mais la plupart

d'entre eux sont obligés de se remettre au travail ; habituellement, ils retournent le plus souvent au métier qu'ils faisaient avant de tomber malade ; c'est là qu'ils avaient le plus de chances de trouver du travail. Et de nouveau, ils se retrouvent dans le même atelier, dont l'atmosphère est chargée de poussières, ou dans le même bureau, où l'on respire un air confiné et vicié, sans moyens de pouvoir suivre la cure hygiéno-diététique que leur état exige. Pendant son séjour au sanatorium, tout effort a été interdit au malade, des médecins l'ont surveillé et, soudain, il doit fournir le travail habituel d'un homme sain, et même on lui impose des heures supplémentaires (obs. 4 et 16).

Le surmenage est la cause qui domine dans la bilatéralisation. A chaque nouvelle poussée, on peut retrouver un ensemble de causes qui déterminent dans l'organisme et chez l'individu une fatigue qui ne peut être réparée suffisamment, de sorte que les fatigues s'accumulent chaque jour, empêchant d'avoir un repos suffisant.

Quand l'effort corporel n'est pas compensé par le sommeil, la fatigue qui en résulte prend une grande importance pour l'évolution de la tuberculose (Bezançon et Braun).

Tous les phthisiologues attirent l'attention depuis de nombreuses années sur la nécessité d'une bonne alimentation et du grand air, à côté du repos corporel et moral, dans le traitement de la tuberculose.

L'absence d'air et de lumière dans des locaux étroits,

obscurs, se surajoute à l'insuffisance alimentaire pour créer un état de moindre résistance contre l'infection.

Le professeur Mouriquand, dans son travail sur « L'alimentation et la tuberculose », conclut que la sous-alimentation, doublée de la carence, prépare un terrain favorable à la tuberculose en raison des pertes entraînées par la toxi-infection.

Pour le professeur Landouzy, le facteur logement est le plus important. « S'il fallait attribuer un coefficient aux facteurs sociaux étiologiques de la tuberculose, le plus fort des coefficients s'appliquerait au logement. »

Lorsque le malade, porteur d'un pneumothorax, rentre chez lui, après une cure qui l'a quelquefois consolidé ou le plus souvent sérieusement amélioré, il se remet dans des conditions de vie analogues à celles où il se trouvait dans la période précédant l'apparition de sa tuberculose initiale.

Alors, nous retrouvons les mêmes facteurs sociaux et ceux-ci jouent de nouveau un rôle important dans la bilatéralisation, malgré la guérison presque complète du poumon soigné.

Même lorsque ces facteurs sociaux ne déterminent pas d'une façon immédiate l'éclosion d'une lésion tuberculeuse, ils favorisent en tout cas, suivant l'opinion exprimée par M. Braun et Mme Frey-Ragu, des phénomènes d'ordre moral. Il s'ensuit toujours ou à peu près toujours un état d'insomnie et un état de fatigue, qui précède l'éclosion de la tuberculose.

On peut donc, même lorsqu'il y a des facteurs matériels et physiques en cause, considérer que, dans l'immense majorité des cas, il y a avant tout un facteur moral qui a déterminé l'éclosion de la tuberculose.

Chez les trois quarts de nos malades, nous notons comme cause déclenchante de la première atteinte et ensuite de la bilatéralisation : le surmenage physique et en plus de mauvaises conditions sociales.

Regardons l'observation 4 : à la suite de surmenage physique prolongé, le malade cesse le travail et, au dispensaire, on lui trouve des lésions à droite. Un an après l'institution du pneumothorax, le malade reprend son ancien travail, fait des heures supplémentaires, n'a pas de vacances.

Après quelques mois, il ne reste plus rien de l'amélioration obtenue par le pneumothorax et par la cure sanatoriale. Le malade revient au dispensaire atteint d'une lésion au poumon opposé.

Voici une jeune fille (obs. 3) de 23 ans, qui quitte sa famille à cause de son beau-père, qui peine pour gagner l'indispensable, qui est sous-alimentée, surmenée, et n'a aucun réconfort moral. Les nouvelles conditions de sa vie pendant quelques mois réalisent toutes les conditions suffisantes pour déterminer l'éclatement controlatéral de la tuberculose et une poussée nouvelle. (Son pneumothorax entretenu pendant cinq ans a été arrêté à cause de la guérison du poumon.)

Des conditions sociales dépend très souvent la façon de se soigner du malade et son état moral.

L'observation 5 est typique. La malade, âgée de 19 ans, après un séjour de 6 mois au sanatorium, est très améliorée par le pneumothorax et par la cure. Elle n'a pas de famille et trouve une place de bonne à tout faire. Elle se croit guérie. D'ailleurs elle ne dispose d'aucun moment pour se soigner, et même est obligée de cacher sa maladie.

Quelques mois après, la malade commence à tousser, mais continue à travailler, et extrêmement fatiguée, avec 39°, elle rentre dans le Service avec une lésion importante au poumon opposé.

Nous retrouvons les mêmes facteurs dans les autres observations.

Peschard est frappé dans son étude récente par l'évolution différente du pneumothorax chez des femmes enceintes, dans des conditions sociales et morales opposées.

Il apporte deux observations de deux femmes enceintes, traitées par le pneumothorax pour des lésions pulmonaires unilatérales.

La malade qui vit dans de bonnes conditions sociales mène à terme sa grossesse sans être influencée.

L'autre malade, qui vit dans de mauvaises conditions matérielles, ayant un mari alcoolique, voit survenir 3 mois après l'accouchement une bilatéralisation de lésions.

Tous ces exemples sont assez concluants sur l'importance du facteur d'ordre social dans la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel.

III

Le rôle du facteur moral dans la bilatéralisation.

Il est hors de doute que, parmi les différents facteurs étiologiques considérés comme susceptibles de déclencher la tuberculose, les facteurs moral et psychique occupent une large place.

Déjà Laennec a exprimé sa fameuse opinion sur le rôle des « passions tristes » dans la genèse de la tuberculose.

« Presque toutes les personnes que j'ai vues devenir phtisiques, quoiqu'elles ne parussent pas prédisposées à cette maladie par leur constitution, paraissaient également devoir l'origine de leur maladie à des chagrins profonds et de longue durée. » (Laennec, *Traité de l'auscultation*).

Les travaux qui ont paru notamment dans ces dernières années, ont surtout eu pour but de montrer que les phénomènes démentiels et psychiques étaient sous la dépendance de la tuberculose ; mais ce n'est pas ici le point de vue auquel nous nous plaçons.

Le point sur lequel nous voudrions insister est le suivant, et c'est celui que M. Braun et Mme Frey-Ragu ont essayé de développer : c'est que la tuberculose en

général, et la tuberculose pulmonaire en particulier, se développe à l'occasion d'un choc moral ou psychique.

C'est donc au point de vue inverse que nous nous plaçons et c'est la constitution psychique de l'individu qui va devenir tuberculeux qui est intéressante à noter.

C'est donc son état psychique antérieur et celui de son entourage et l'enquête morale et psychique qu'il importe de connaître au moment où l'individu va faire une évolution tuberculeuse.

Les auteurs dramatiques, les romanciers en particulier, les poètes ont reconnu cette théorie.

Les médecins ne s'étaient pas placés à ce point de vue, sauf cependant les auteurs anciens et en particulier Laennec.

Or, chez l'individu qui, d'après cette opinion, présente déjà un état moral particulier, pour ne pas dire anormal, puisqu'il a suffi à déterminer une poussée tuberculeuse chez lui, la maladie elle-même ne va, la plupart du temps, que développer un nouveau trouble moral dû à l'état de maladie prolongée.

Le traitement qu'on lui impose et en particulier le repos sanatorial, qui n'est autre qu'un repos physique et moral, aura pu momentanément calmer le trouble moral et psychique. Par contre, il y a une complication psychique due au fait qu'il s'agit d'une maladie chronique et de longue durée.

Ainsi, l'individu que nous considérons comme ayant déjà eu un trouble psychique à l'occasion de la

première poussée, nécessitant un premier pneumothorax, va être un individu assez compliqué au point de vue psychique, puisqu'il est venu se surajouter un élément de trouble dû à l'état de maladie.

La conscience même de l'atteinte de tuberculose frappe profondément déjà le psychisme du malade. C'est un être qui souffre physiquement et moralement, émotif, anxieux, d'une sensibilité exagérée. Il passe continuellement par des alternatives de dépression et d'excitation intellectuelles très accusées.

Il souffre toujours d'être un tuberculeux, il se voit incapable désormais de goûter à la vie, incapable de lutter, de faire ce que font les autres. Et les soucis de la famille, de ceux dont il était le soutien, viennent s'ajouter encore à son désespoir.

Lorsque le traitement sanatorial, ou analogue, ne se trouve plus appliqué, si cet individu se retrouve dans les mêmes conditions qu'auparavant, nous retrouverons la cause qui a déterminé le premier incident et en plus elle sera aggravée, comme nous l'avons dit, par cet état de maladie, et si nous ne prenons pas de précautions, nous pourrions facilement voir éclater à cause de cela une poussée tuberculeuse qui se localisera sur un point du territoire pulmonaire ou de l'organisme.

« La suppression ou l'atténuation du facteur psychique détermine la suppression ou l'amélioration des manifestations tuberculeuses, comme sa réapparition ou son accentuation en favorise le retour » (Braun et Frey-Ragu).

Cette idée, vraie pour l'évolution tuberculeuse en général, s'applique à plus forte raison pour les cas de bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel.

L'observation 2 est extrêmement caractéristique et démonstrative. La première éclosion tuberculeuse résulte de difficultés sentimentales (divorce en cours); 4 ans après le traitement par un pneumothorax, une bilatéralisation grave survient à la suite de nouveaux facteurs moraux (rupture avec un ami).

De même que dans l'éclatement de la tuberculose en général, nous retrouvons souvent dans la bilatéralisation le choc moral à la suite de maladie grave ou de mort d'un être cher, comme cause occasionnelle. Dans les observations 7, 13 et 17, nous retrouvons le chagrin causé par le décès d'un enfant, d'une sœur, etc...

Une observation très intéressante à ce sujet est publiée par R. Ronce dans un travail sur la psychologie des tuberculeux. Il s'agit d'une malade, qui était traitée en sanatorium pour des lésions droites bien comprimées sous un pneumothorax. Subitement, on a vu apparaître chez elle une cavité du côté gauche, en corrélation très nette avec de grosses inquiétudes, motivées par la maladie d'un enfant.

Un chapitre tout spécial traite des difficultés morales, qui se trouvent réalisées à la suite de ruptures de liaisons (obs. 3 et 11), de divorce (obs. 2) et toutes les peines d'ordre affectif, le chagrin d'amour, etc. (obs. 5, 15).

Les conflits entre parents et enfants (obs. 9), entre

les conjoints (obs. 14), entre différents membres d'une même famille (obs. 19), jouent un rôle évident.

Il faut signaler toutes les causes de soucis d'ordre matériel qui finissent par devenir, en réalité, des soucis d'ordre moral.

Les conditions générales de la vie familiale, sociale et professionnelle, les soucis économiques ou d'ordre affectif, ont une influence énorme sur la santé morale du malade, d'où résulte le surmenage de cause morale (Bezançon et Braun).

Le surmenage moral entretient l'émotion et l'angoisse, qui supprime l'appétit et détermine en général l'insomnie, empêchant tout repos du système nerveux, repos indispensable au fonctionnement de tous les organes.

L'influence du psychisme sur le physique paraît difficilement niable. La santé morale et l'équilibre psychique sont indispensables aux tuberculeux traités par le pneumothorax artificiel, afin d'éviter cette grave complication que constitue la bilatéralisation.

IV

Déductions pratiques.

La collapsothérapie a transformé d'une manière complète le pronostic de la tuberculose pulmonaire. Elle a permis la guérison et l'amélioration des malades qu'on a regardés comme incurables et voués à une mort certaine, et d'autant plus que cette méthode a pu être appliquée à des malades qui ont bénéficié de la précocité du diagnostic.

Cette méthode de traitement, qui a permis aux tuberculeux de recouvrer leurs possibilités de vie et de travail et de devenir membres actifs de la société, est un facteur clinique et économique de première importance.

D'après le professeur Léon Bernard, 56 % des sujets traités ont tiré du pneumothorax un bénéfice évident.

Dartiguepeyron constate dans l'étude statistique de 100 cas de pneumothorax qu'en moyenne 38 % des malades traités sont, au bout d'un temps variable, capables de reprendre une activité.

Il nous semble qu'une conduite spéciale doit être envisagée chez des malades traités par le pneumothorax, afin de les préserver autant que possible de cette grave complication que constitue la bilatéralisation.

D'après Rist et Naveau, l'atteinte du poumon opposé frappe le quart des malades traités, et elle est surtout à craindre durant les trois premières années du traitement.

Sur 131 malades présentant une bilatéralisation au cours du pneumothorax, Chabaud n'en retrouvait que 5 vivants après 5 ans.

L'institution du pneumothorax contro-latéral, qu'on réalise de plus en plus, peut arrêter parfois les ravages consécutifs à la bilatéralisation des lésions.

Dans la lutte contre la tuberculose, prévenir vaut mieux que guérir. Mais cette maladie, comme nous l'avons vu, est conditionnée par des problèmes sociaux et moraux particulièrement difficiles à résoudre.

« L'entretien, le contrôle, la direction morale et physique, pour ainsi dire, de plusieurs centaines de tuberculeux ainsi traités, et dont nous assumons la responsabilité pendant plusieurs années consécutives, représentent un travail médico-social de longue haleine et qui soulève les problèmes les plus délicats » (Rist).

Pour assurer le dépistage précoce de la bilatéralisation, nous pensons qu'un contrôle radiologique et une surveillance médicale régulière de tous les porteurs de pneumothorax sont indispensables, même après la cessation du traitement.

M. Braun demande des clichés tous les mois. C'est par l'étude comparative des films pris en séries que l'on pourra suivre les modifications précoces, qui

marquent les premières étapes de la bilatéralisation tardive (voir thèse de Pellier).

De même, à l'occasion d'un fléchissement de la santé (amaigrissement, fatigue, anorexie, petite toux, etc.), le rôle principal du médecin devra être d'empêcher une évolution contro-latérale de la tuberculose, et de prendre toutes les précautions nécessaires.

« Eviter les causes qui peuvent favoriser la diminution de résistance de l'organisme et n'attendre pas les signes d'effondrement du terrain pour instituer la thérapeutique tuiélaire que réclame l'apparition des premiers indices de cette défaillance » (Prof. Sergent).

A noter qu'il faut surtout trouver les causes sociales et morales qui sont susceptibles de faire éclore cette nouvelle manifestation tuberculeuse, et envisager les mesures préventives.

Depuis de nombreuses années, tous les phtisiologues sont d'accord qu'un traitement de la tuberculose confirmée exige le grand air et une bonne alimentation, et surtout le repos physique et moral.

Supprimer dans la mesure du possible toutes les causes d'insalubrité, fortifier la résistance des malades à l'infection, améliorer leurs conditions d'existence.

Un logement aéré et hygiénique est désirable. Le travail ne doit être autorisé que lorsque la santé du malade est vraiment consolidée. La reprise du travail doit être progressive et orientée vers une occupation moins pénible.

Un tuberculeux guéri peut et doit travailler dans une certaine mesure. Le but du travail est surtout

moral et social, il renseigne sur les progrès du malade, sur la rapidité qu'on peut escompter du retour à sa capacité antérieure (Nicolas).

Il faut envisager de bonnes conditions de protection du travail des tuberculeux, par bonne ventilation, heures de travail limitées, précautions sanitaires soigneusement observées, organisation du contrôle médical des répercussions du travail sur les malades. Les possibilités de suivre la cure hygiéno-diététique doivent être données aux malades.

Une apparition des signes de fatigue et de fléchissement de la santé doit motiver l'interruption immédiate du travail.

Le repos doit être envisagé comme mesure préventive d'éclatement de lésions contro-latérales, comme de tous les incidents tuberculeux éventuels. « Surveillance méthodique d'une part, la mise au repos en rapport avec le fléchissement de la santé, sont les conditions essentielles pour éviter l'éclosion nouvelle de la tuberculose » (Bezançon et Braun).

C'est une organisation du travail adaptée aux forces et à l'état psychique des malades qui est nécessaire. Différents auteurs ont préconisé dans ce but la création des colonies post-sanatoriales, des écoles de rééducation, etc...

Aux Etats-Unis et en Angleterre existent des ateliers urbains, qui procurent un travail rémunéré aux anciens malades, à capacité de travail réduite. Un service médico-social surveille le travail à l'atelier et les conditions de vie du malade et de sa famille.

Sur les principes de réadaptation des tuberculeux au travail ont été fondés des établissements de rééducation et des villages de tuberculeux, comme celui de Papworth.

Wolfsohn nous présente les avantages de la création de colonies de tuberculeux, dans lesquelles les facteurs hygiéniques, économiques et moraux doivent être rendus tels qu'ils conviennent à l'état anormal physique et moral de ses membres. Mais de telles entreprises sont extrêmement coûteuses et ne résolvent pas le large problème social de lutte efficace contre la tuberculose.

En U. R. S. S., il existe des sanatoriums de nuit pour les tuberculeux, des postes médicaux dans les usines même et qui permettent de surveiller le tuberculeux à sa place de travail. Le dispensaire a le droit de prescrire le nombre d'heures de travail des tuberculeux.

Mlle Frenkel étudie, dans sa thèse, la situation à la sortie du sanatorium des tuberculeux qui ne sont pas réadaptés à la vie sociale, et en conclut à la nécessité d'avoir des organisations post-sanatoriales.

Hazemann souhaite de voir créer des postes d'assistantes sociales dans chaque sanatorium. Elles seraient chargées de préparer la « poste-cure » en liaison avec le dispensaire.

« Cette « poste-cure » ne peut être assurée que sous la direction du dispensaire. Le rôle des visiteuses est de mettre en œuvre l'assistance « post-sanatoriale », c'est-à-dire l'ensemble des mesures médicales, écono-

miques et sociales qui permettent de restituer sa place au malade, non seulement dans sa famille, mais dans la société, tout en cherchant à consolider d'une manière durable les résultats obtenus pendant la cure sanatoriale et le pneumothorax » (Hazemann).

Aussi, dans le domaine de l'action néfaste des facteurs moraux et psychologiques, les visiteuses d'assistance sociale doivent rendre les plus grands services : par des conseils donnés à temps, par des mesures d'hygiène, etc...

Un corps sain n'est pas suffisant pour lutter contre le bacille de Koch, il faut encore la tranquillité morale. Le médecin doit connaître le psychisme du malade, son milieu social et familial, ses préoccupations, etc... « Combattre le surmenage, et supprimer ou atténuer les troubles d'ordre psychique et moral. Il faut apporter à tous ces anxieux l'apaisement, le repos, avant l'éclatement d'une nouvelle poussée. Des mesures importantes, au point de vue de leur séparation d'avec leurs milieux, doivent être indispensables lorsqu'ils subissent une contrainte familiale ou autre... Il faut chercher à maintenir autour du malade une atmosphère de calme et de sérénité » (Braun et Frey-Ragu).

Conclusions.

1. Alors qu'une lésion tuberculeuse, jusque-là unilatérale et traitée par le pneumothorax artificiel, se trouve apparemment guérie, on peut voir survenir, et souvent très tardivement, même après la cessation du premier pneumothorax, une lésion du côté opposé.

2. Que l'apparition de cette lésion soit progressive ou rapide, elle se manifeste par l'ensemble symptomatique habituel des poussées évolutives tuberculeuses.

3. Les causes qui déterminent l'apparition de ce nouveau foyer doivent appeler l'attention du clinicien et de l'hygiéniste. De leurs connaissances doivent découler les mesures prophylactiques qui peuvent lui être opposées.

4. Le nouveau foyer ne paraissant pas devoir être attribué à une contamination nouvelle, ce sont les causes secondes qu'il convient d'accuser comme facteurs d'éclatement.

5. L'étude entreprise nous montre que les causes secondes sont les mêmes que celles que nous trouvons déjà à l'origine de l'éclatement de la lésion primordiale, pour laquelle un pneumothorax avait été institué.

6. Comme lors de la première atteinte, on pourra trouver comme cause d'éclatement le surmenage physique, qui s'explique d'autant mieux que ces individus présentent souvent une diminution de la capacité de travail et qu'un repos prolongé leur a fait perdre l'habitude de leur travail.

7. Ceci vaut, en particulier, pour les individus qui ont été obligés, entre temps, de changer de profession, changement imposé ou par la nécessité sociale ou par une certaine incapacité déterminée par la maladie.

8. En outre, alors que la guérison et l'état de santé apparents ont pu être conservés à ces tuberculeux traités, mis au repos, l'état de santé peut fléchir lorsqu'ils ont repris leur travail et lorsque cette reprise s'accompagne de l'impossibilité de suivre la cure hygiéno-diététique. Parfois la sous-alimentation, le mauvais logement, le manque d'air et de lumière s'unissent et amènent manifestement une dépression de l'organisme.

9. Mais, avant tout, ce sont les facteurs d'ordre psychologique et moral qui entreront en ligne de compte et qui nous expliqueront l'apparition d'un nouveau foyer chez un individu qui paraissait guéri.

10. Les facteurs moraux : choc moral à la suite de la mort d'un être cher ou de rupture de liaison, une séparation, des peines d'ordre affectif, les difficultés familiales, sociales et professionnelles, les soucis

économiques, ont une influence énorme sur la santé du malade et constituent souvent des causes déclenchantes de la bilatéralisation.

11. Parmi ces causes, il faut retenir, en particulier, les heurts de l'individu vis-à-vis de son milieu familial, social et professionnel, et les difficultés d'ordre affectif ; tous troubles qui ont pu disparaître pendant que l'individu était en traitement et pendant le temps où l'on a pu le séparer de son milieu habituel.

12. Dès que le malade revient dans le milieu dont il est issu, et s'il retrouve les mêmes difficultés, les mêmes heurts, les mêmes causes produisent les mêmes effets.

13. Cette influence nocive sera d'autant plus ressentie par le malade que sa constitution psychique originelle lui permettra de ressentir d'une façon plus intense les facteurs énumérés, et surtout, toutes les causes d'émotion et d'anxiété.

14. Le facteur d'ordre psychologique et social domine donc l'étiologie de la bilatéralisation.

15. Les mesures prophylactiques doivent découler de ces considérations. Ce sera la consolidation, le plus possible, de la santé du malade avant la reprise de l'activité.

16. Il faut exercer la surveillance médicale régulière après la reprise du travail avec contrôle radio-

logique et bactériologique systématique et systématiquement répété.

17. Il faut exercer la surveillance des conditions de vie, en particulier au moment de la reprise du travail.

18. Il faut obtenir une quantité d'heures de sommeil suffisamment importante et la mise au repos la plus intensive, compatible avec le travail.

19. Il faut veiller à la suppression ou à la diminution des responsabilités familiales et professionnelles qui lui incombent, et soustraire le malade, autant que possible, aux contraintes de son milieu.

20. Il faut envisager la création d'une organisation post-sanatoriale.

21. Il faut obtenir la mise immédiate au repos comme mesure préventive dès qu'il y a fléchissement de la santé.

22. Si ces mesures ne peuvent pas être prises ou ne peuvent pas être appliquées et suivies correctement par le malade, ou ne le sont qu'insuffisamment, les chances de récurrence et particulièrement de la bilatéralisation augmentent et le pronostic de l'évolution ultérieure s'en trouve singulièrement assombri.

23. Ainsi, les éléments du pronostic d'évolution contro-latérale seront essentiellement basés sur les circonstances de la vie qui détermineront l'état social, psychique et moral du malade.

24. La difficulté de prévoir les événements qui peuvent survenir dans la vie d'un individu explique les difficultés d'un pronostic dans chaque cas particulier.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernard (L.)*. — La tuberculose pulmonaire (Masson, 1925).
- Pneumothorax artificiel et lésions pulmonaires bilatérales (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 5 novembre 1920).
- Bezançon (F.)* et *Braun*. — Les causes morales dans l'écllosion de la tuberculose pulmonaire (La Médecine, mai 1925).
- La notion du repos dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (La Médecine, mai 1925).
- Braun* et *Frey-Ragu*. — L'importance du facteur moral dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte (Presse Méd., 16 juillet 1930).
- Burnaud*. — Comment se comporte le poumon opposé dans le traitement de la tuberculose pulm. par le pneumothorax artificiel (Presse Méd., 10 septembre 1913).
- Le pneumothorax artificiel guérit-il la phtisie ? (Presse Méd., 26 mars 1924).
- Chabaud*. — Bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel et sa thérapeutique (Thèse Paris, 1925).
- Chaussidière*. — La lutte sociale contre la tuberculose (Thèse Paris, 1931).
- Dartiguepeyron*. — Pneumothorax artificiel et travail (Thèse Paris, 1935).
- Dumarest* et *Murard*. — La pratique du pneumothorax thérapeutique (Masson, 1929).

- Frenkel* (A.). — Les œuvres post-sanatoriales (Thèse Toulouse, 1930).
- Guinard*. — Assistance post-sanatoriale (Revue de phtisiologie, octobre 1932).
- Hazemann*. — Le travail social des dispensaires (Revue de phtisiologie, mai-juin 1934).
- Landouzy*. — Le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la tuberculose (Congrès inter. contre la tuberculose. Rome, 1912).
- Mouriquand*. — L'alimentation et la tuberculose (La Médecine, décembre 1929).
- Naveau*. — Les résultats du pneumothorax artificiel (Thèse Paris, 1924).
- Nicolas*. — Considération sur l'adaptation au travail des tuberculeux pulmonaires.
- Pellier*. — Etudes des modalités de début de la tuberculose contro-latérale au cours du pneumothorax artificiel (Thèse Paris, 1934).
- Peschard*. — Influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulm. dans la puerpéralité (Thèse Paris, 1936).
- Rist*. — La fonction du médecin d'hôpital dans la lutte antituberculeuse cent ans après Laennec (Revue de phtisiologie, n° 1, 1927).
- Rist et Hirsberg*. — L'aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulm. par le pneumothorax artificiel (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 12 janvier 1923).
- Romme* (R.). — La lutte sociale contre la tuberculose (Masson).
- Ronce*. — La psychologie des tuberculeux pulmonaires (Revue de phtisiologie, octobre 1932).
- Roubakine*. — La protection de la santé publique dans l'U. R. S. S. (Bureau d'Editions, 1933).

2029. — Imp. de la Pac. de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-1936
